TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur D. BAUBY

Chef des Travaux de Médecine opératoire à la Faculté de Toulouse,
Chirurgien des Hôpitaux.

TOULOUSE
IMPRIMERIE MARQUÉS & Cie
22, Boulevard de Strasbourg, 22

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

TITRES

PRÉPARATEUR DU COURS DE THÉRAPEUTIQUE. — Montpellier 1886.

INTERNE DES HOPITAUX. — Nîmes, concours 1887.

DOCTEUR EN MÉDECINE. — Paris, juillet 1889.

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE TOULOUSE.
Concours 1891.

CHEF DES TRAVAUX DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ DE TOULOUSE.
Concours 1895.

CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — Toulouse, concours 1896.

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE TOULOUSE.

LAURÉAT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE TOULOUSE.
a) Médaille d'argent. — 1895.
b) Prix Naudin avec médaille d'or. — 1897.

ENSEIGNEMENT

CONFÉRENCES PRATIQUES DE SEMÉIOLOGIE CHIRURGICALE A L'HOTEL-DIEU DE TOULOUSE. — 1891-1894.

DÉMONSTRATIONS ET TRAVAUX PRATIQUES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.
1896-1898.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Considérations sur l'influence de la viande de porc dans la pathogénie du cancer. (Communication au VIIIe Congrès de Chirurgie. — Lyon 1894).

Dans deux lettres ouvertes publiées par la *Gazette hebdomadaire* en 1893, les professeurs Verneuil et Roux (de Lausanne), avaient exposé les rapports étiologiques qui pourraient exister entre le cancer et l'usage de la viande de porc.

La question de l'étiologie du cancer ayant été mise à l'ordre du jour du VIIIe Congrès de Chirurgie, j'ai voulu étudier ces prétendus rapports et apprécier la valeur de cette hypothèse. Dans ce but, j'ai entrepris une enquête minutieuse et me plaçant dans des conditions d'exactitude scientifique aussi rigoureuse que possible j'ai recherché successivement :

La fréquence du cancer chez le porc.

La proportion des pornophages parmi les cancéreux.

La fréquence du cancer parmi les populations qui mangent beaucoup de charcuterie et dans celles qui en usent peu ou pas.

Enfin les résultats de l'expérimentation.

Or, voici les conclusions auxquelles mes recherches ont abouti :

1° Les tumeurs malignes sont très rares chez le porc et par conséquent la contagion, si elle est possible, est exceptionnelle ;

2° Les cancéreux ne sont pas plus particulièrement des gens qui abusent de la charcuterie ; la plupart de ceux que j'ai interrogés à cet égard en usaient peu ou modérément, l'un d'eux était végétarien ;

3° Le cancer n'est pas plus fréquent dans les populations pornophages que dans celles qui mangent peu ou pas de cochon. Bien plus, dans les pays sur lesquels a porté mon enquête, tandis que les habitants de la montagne consomment beaucoup plus de porc que ceux de la plaine, on trouve que le cancer est plus fréquent dans les plaines que sur les montagnes. Quant aux Juifs, dont on a opposé l'immunité, ils ne peuvent servir d'exemple, car leur régime n'a rien d'exclusif.

4° L'expérimentation sur les animaux nourris uniquement avec du porc est restée négative. Ces animaux ont maigri et sont morts, mais à l'autopsie il n'y avait pas trace de cancer.

Il me paraît donc assez clairement démontré que la viande de porc n'a rien à voir dans la pathogénie du cancer.

Note sur un cas de catalepsie post-traumatique, en collaboration avec M. le Dr Bardier. (*Société de Biologie*, 16 janvier 1897).

Un homme de 35 ans, lypémaniaque, se tire un coup de revolver sous le menton et aussitôt après tombe dans le coma ; on l'apporte à l'hôpital dans le service de M. le professeur Jeannel. Nous le voyons une heure après l'accident ; il est dans une immobilité et une insensibilité complètes ; le pouls et la respiration sont réguliers.

Au cours de cet examen, nous constatons entre autres symptômes que les membres soulevés ou déplacés restent dans la position où nous les mettons. Ces phénomènes cataleptiques se reproduisent dans les mêmes conditions pendant une heure. Au bout de ce temps, la crise a cessé, tandis que l'état comateux a persisté pendant trois jours pour disparaître ensuite progressivement.

La balle s'était logée derrière l'amygdale droite d'où je l'ai extraite plus tard.

L'explication de ces phénomènes de catalepsie après un traumatisme est assez difficile ; il faut admettre une prédisposition spéciale du côté du système nerveux.

Le blessé ne nous paraît être ni hystérique, ni alcoolique, mais il présente divers symptômes de troubles cérébraux que nous mettons sur le compte de la paralysie générale.

Quoi qu'il en soit, ce fait curieux montre les relations qui unissent la catalepsie au choc traumatique chez les dégénérés et il vient

à l'appui de la théorie qui explique la catalepsie par une altération de la volonté ou de l'innervation motrice des muscles.

Traitement des tuberculoses chirurgicales par l'eau bouillante. (Communication au Congrès de Rome, avril 1894, publiée par les *Archives provinciales de Chirurgie*).

Mon maître, M. le professeur Jeannel, a eu le premier l'idée de désinfecter les foyers tuberculeux et de détruire le bacille de Koch par l'action de l'eau bouillante; il a présenté à l'Académie de médecine, en 1893, une note sur ce sujet. J'ai voulu le reprendre et lui donner une plus grande extension.

Les chirurgiens savent combien il est difficile de nettoyer à fond un foyer tuberculeux. Malgré les opérations les plus complètes, il reste très souvent des bacilles capables de repullulation et de récidive. Pour obvier à cet inconvénient, on emploie divers moyens d'antisepsie chimique ou physique, le fer rouge en particulier. A tous les procédés en usage, nous avons songé à substituer l'eau bouillante. C'est la façon la plus simple, la plus commode et la plus efficace d'utiliser l'action désinfectante de la chaleur.

Voici comment nous opérons : Un abcès froid étant ouvert et nettoyé, un foyer osseux évidé, une articulation tuberculeuse réséquée, il s'agit d'arroser d'eau bouillante les parois encore suspectes. Le manuel opératoire varie suivant que ces parois sont étalées en surface ou qu'elles constituent une cavité, un réservoir. Dans le premier cas, après avoir protégé la peau saine avec des compresses imprégnées d'eau froide, nous nous servons d'éponges montées plongées dans l'eau bouillante; ou bien nous faisons couler l'eau bouillante par un tube à robinet relié à une cafetière de cuivre. Dans le second cas, la cavité pathologique étant maintenue béante au moyen de pinces qui soulèvent et écartent ses bords, nous y versons de l'eau tiède que nous portons à l'ébullition en y plongeant la lame rouge du thermo-cautère et en continuant à souffler. Ce dernier procédé, quand il peut être exécuté, est évidemment préférable. Dans tous les cas, nous avons anesthésié nos malades avec le chloroforme, une seule fois nous nous sommes bornés à l'anesthésie locale, et l'opération a été bien supportée.

Sous l'influence de l'eau bouillante, les tissus infiltrés de tuber-

cules acquièrent une vitalité, une plasticité nouvelle, ils prennent les caractères des plus belles plaies et se cicatrisent beaucoup mieux qu'avec tous les autres traitements.

Nos observations en font foi ; nous en présentons vingt-deux divisées en quatre groupes : tuberculoses des parties molles, des os, des articulations, des viscères. Presque toutes représentent des succès définitifs. Quelques-unes ont même dépassé nos espérances. D'autres, par les complications qu'elles signalent, nous instruisent sur la nécessité de préserver du contact de l'eau bouillante certains organes délicats, en particulier les artères importantes dont l'oblitération par coagulation du sang pourrait entraîner un sphacèle regrettable.

Nos exemples sont déjà suffisants pour affirmer la valeur de cette méthode que nous avons nommée ébouillantement. Leur multiplication précisera de mieux en mieux les indications et les contre-indications.

Nouvelles considérations sur le traitement des tuberculoses chirurgicales par l'eau bouillante (Communication au XI[e] Congrès de Chirurgie, 1897.)

Depuis mon premier travail sur ce sujet, j'ai continué mes recherches et réuni de nouvelles observations dont plusieurs sont personnelles. J'en présente ici douze aujourd'hui complètes et comprenant quatre faits d'abcès des parties molles, six de tuberculoses ostéo-articulaires, deux de tuberculose du testicule. Dans presque tous ces cas, la guérison a été obtenue rapide et définitive après une seule séance d'ébouillantement.

Je reviens, en outre, sur les résultats éloignés des cas anciens publiés dans le premier mémoire ; ils sont excellents pour la plupart. Aussi suis-je de plus en plus convaincu de la supériorité de cette méthode sur tous les autres moyens de désinfection des foyers tuberculeux.

Les indications sont les mêmes et nous n'avons rien changé au manuel opératoire si simple et si facile que nous avons jadis exposé.

De l'analgésie par la cocaïne. (Nombreuses observations in thèse Abadie, Toulouse, 1894.)

CHIRURGIE DU CRANE ET DE LA FACE

Tumeur cérébrale. Trépanation (*Archives provinciales de chirurgie* 1894. En collaboration avec M. le professeur Rémond, de Toulouse).

Cette histoire clinique, suivie longtemps et attentivement dans un service de médecine d'abord et puis dans un service de chirurgie, montre de combien d'écueils est encore entouré le diagnostic des lésions encéphaliques.

Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans chez lequel pendant de longs mois la complexité de l'appareil symptomatique fit penser à une affection médullaire, à la paralysie générale spinale subaiguë diffuse de Duchenne.

Plus tard M. Rémond, rapportant les troubles périphériques à la compression du faisceau pyramidal, affirma l'existence d'une tumeur au niveau de la dernière frontale et confia le traitement chirurgical du malade à M. le professeur Jeannel. La trépanation au siège présumé du mal ne put le découvrir. Deux mois après, l'autopsie nous fit voir sur l'hémisphère gauche, à l'entrée de la scissure de Sylvius, un superbe sarcome du volume du poing. Il s'était développé primitivement sur la dure-mère et dans la suite avait progressivement comprimé le cerveau, si bien que dans la période post-opératoire de la maladie, sous l'influence de l'accroissement rapide du néoplasme, les circonvolutions fronto-pariétales firent une hernie considérable hors de la boîte crânienne.

Complications orbitaires des empyèmes du sinus maxillaire. (*Archives d'ophtalmologie*, décembre 1897.)

La pathologie des sinus de la face est à l'ordre du jour ; son intérêt principal réside dans la complication des sinusites du côté des organes des sens et de la cavité crânienne. Les ophtalmologistes modernes et en particulier M. le professeur Panas ont grandement contribué à faire ressortir leur importance et leur gravité.

Cependant ces complications, parfois mortelles, sont encore insuffisamment connues des praticiens ; en outre, les observations complètes avec examen anatomo-pathologique et bactériologique sont rares ; c'est ce qui justifie la valeur que nous accordons à l'histoire

de deux malades observés dans le service de M. le professeur Jeannel et suivis depuis leur arrivée à l'hôpital jusqu'à la table d'autopsie et au laboratoire. Tous deux, porteurs sans le savoir d'une sinusite maxillaire, ont eu une poussée d'ostéite de la paroi supérieure du sinus et des symptômes de phlegmon orbitaire. L'un, après amélioration locale, grâce à une large intervention, a succombé à des accidents pulmonaires; l'autre a eu de l'ostéite de la voûte de l'orbite et un abcès du cerveau.

Cette dernière observation, particulièrement instructive, présente des analogies frappantes avec celle que M. le professeur Panas a présentée à l'Académie de médecine en mars 1895. Dans les deux cas, on voit le processus infectieux gagner le squelette et le lobe cérébral voisin. Chez notre malade, l'analyse bactériologique a montré dans le pus de l'abcès du cerveau la présence du pneumo-bacille de Friedlander a l'état de pureté.

C'est là un fait des plus rares et des plus intéressants, car, à notre connaissance, il est le premier exemple scientifiquement démontré d'abcès intra-crânien dû au pneumo-bacille, hôte habituel de la bouche et du nez.

Kyste sébacé calcifié simulant un calcul salivaire. (Communication orale à la Société de médecine de Toulouse, novembre 1897).

Je fus consulté par une femme de 70 ans qui portait à la joue droite, sur le trajet du canal de Sténon et sous un épiderme simplement distendu, une pierre du volume d'une noisette dont la présence provoquait des douleurs faciales.

De prime abord, l'idée d'un calcul salivaire se présentait d'autant plus facilement à l'esprit que l'orifice buccal du conduit de Sténon était atrésié. Mais les symptômes subjectifs faisaient défaut et rien dans la marche de la maladie ne s'accordait avec ce diagnostic. J'enlevai ce calcul par une simple incision, mais au bout d'un an il s'était reproduit. Je compris alors qu'il s'agissait d'un kyste sébacé dont il fallait extirper la paroi ; c'est ce que j'ai fait, et depuis lors rien n'a reparu.

Epithélioma de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde. (Observation in mémoire de Charazac. *Revue de laryngologie et d'otologie*, janvier-février 1891).

CHIRURGIE DU THORAX

Des lésions costales liées à la pleurésie purulente chez l'enfant.
(Thèse de Paris, 17 juillet 1889.)

J'ai fait ma thèse de doctorat à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le professeur Lannelongue, suppléé à cette époque par mon maître et ami M. le Dr Gérard Marchant, qui m'en a donné la première idée. C'est une étude à la fois clinique et anatomo-pathologique des lésions thoraciques, ostéites, abcès et fistules qui accompagnent assez souvent la pleurésie purulente chez l'enfant.

Elle se divise en cinq chapitres.

Chapitre I. — *Recherches historiques.* — Elles m'ont prouvé qu'il n'existait encore aucun travail d'ensemble sur cette question spéciale et qu'à partir seulement du milieu de ce siècle, à la suite de Cruveilhier, divers auteurs français et allemands se sont occupés des complications extérieures de l'empyème pleural. Certains, et en particulier les médecins militaires, les ont considérées comme assez fréquentes chez les jeunes sujets, d'autres les croient plus rares, il ne s'en trouve aucun pour les nier absolument.

Les opinions diffèrent d'ailleurs quant à la nature exacte de ces lésions et à leur pathogénie.

Chapitre II. — *Observations cliniques.* — Je ne rapporte ici que des faits inédits et rigoureusement observés ; ils sortent pour la plupart des services de l'hôpital Trousseau et en particulier des salles de M. le professeur Lannelongue. Ce sont tous des exemples d'enfants chez lesquels, au cours d'une pleurésie purulente, des abcès développés dans les parois de la poitrine se sont ouverts à l'extérieur en fistules interminables, mais généralement sans communication avec la cavité pleurale elle-même.

Ces fistules étaient entretenues par des lésions des côtes, périostites avec hypérostoses, ostéites, nécroses plus ou moins étendues. La guérison n'a été obtenue le plus souvent qu'à la suite d'interventions réitérées s'attaquant à ces altérations osseuses.

Chapitre III. — *Anatomie pathologique et pathogénie.* — Les faits cliniques relatés ici et d'autres semblables, publiés par divers auteurs, mais parfois mal interprétés, montrent bien que, surtout chez les jeunes sujets, la pleurésie purulente peut se compliquer de diverses lésions du côté des parois thoraciques.

Elles consistent en abcès sous-pleuraux, intercostaux ou sous-cutanés, qui parfois se forment en dehors de toute ulcération ou perforation de la plèvre pariétale.

Ce sont surtout des ostéopériostites plus ou moins étendues, caractérisées selon la nature et l'intensité de l'infection pathogène, tantôt par un processus de destruction, tantôt par des phénomènes d'hyperostose. Quelle que soit leur forme, elles aboutissentle plus souvent à des fistules intarissables, qui pourtant ne sont pas toujours communicantes.

Dans la pathogénie de ces lésions, je considère qu'un double élément intervient. En dehors du rôle essentiel réservé à l'infection microbienne, venue de la cavité purulente, je crois avec Peyrot et plusieurs auteurs qu'il faut admettre jusqu'à un certain point l'influence mécanique de la tension intra-pleurale.

On s'explique aisément la plus grande fréquence des complications pariétales de l'empyème chez l'enfant : d'une part, la pleurésie purulente s'observe beaucoup plus souvent à cet âge ; d'autre part, les jeunes sujets présentent, surtout du côté de leur squelette en voie d'accroissement, des conditions spéciales de réceptivité et de réaction inflammatoire.

Chapitre IV. — *Symptômes et diagnostic.* — Au cours d'une maladie grave par elle-même, des lésions secondaires peuvent passer inaperçues, d'autant plus que leurs symptômes sont souvent assez vagues. Elles peuvent évoluer silencieusement jusqu'au jour où l'ouverture spontanée ou chirurgicale d'un abcès extérieur fixe l'attention de l'observateur ; mais, même alors, il est difficile d'apprécier l'existence et l'étendue des altérations osseuses.

Il n'est donc pas étonnant que les complications de l'empyème pleural aient été souvent méconnues ; il faut savoir les rechercher. Le diagnostic de l'affection primitive est lui-même souvent obscur et l'on connaît de nombreux cas où la pleurésie purulente n'a été

reconnue que longtemps après son début. C'est même là une des causes qui favorisent le développement des lésions thoraciques.

Chapitre V. — *Pronostic et Traitement.* — Ce traitement doit être d'abord prophylactique ; en s'attaquant de bonne heure à la pleurésie purulente, on préviendra les complications. Quand elles existent, on a quelque tendance à les considérer comme bénignes, en quoi l'on se trompe ; elles aggravent une situation déjà compromise et éternisent la maladie. Elles ne disparaissent pas spontanément ; une chirurgie active peut seule en assurer la guérison. Aussi croyons-nous qu'en pareil cas il faut voir et chercher dans l'opération d'Estlandor ou les procédés qui en dérivent un double effet. Par le désossement partiel, on détermine l'affaissement du thorax et le rapprochement des feuillets pleuraux ; par l'extirpation des côtes malades et la destruction des trajets fistuleux, on supprime un foyer morbide qui, pour être secondaire, n'en est point moins digne d'attention.

Fracture spontanée de côte chez un enfant à la mamelle. (Communication à la Société de médecine de Toulouse, 1890.)

C'est le fait absolument exceptionnel d'un enfant de douze mois, né d'un père tuberculeux, mal nourri, dans des conditions misérables et chez lequel les efforts de toux, occasionnés par la coqueluche, ont provoqué la fracture de la neuvième côte droite en avant de la ligne axillaire.

Cette fracture, dont les symptômes étaient très nets, aggrava notablement une situation déjà précaire et hâta le terme fatal.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature un seul cas analogue. Les fractures traumatiques des côtes sont elles-mêmes très rares chez l'enfant.

Résultats éloignés de l'extirpation du cancer du sein. (Plusieurs observations, in thèse Segonzac, Toulouse 1895.)

CHIRURGIE ABDOMINALE

Cancer primitif de la vésicule biliaire, en collaboration avec le Dr Daunic. (Société de médecine de Toulouse, juillet 1896.)

J'ai recueilli dans ma pratique personnelle l'observation de ce fait assez rare et, chose plus rare encore, quelque temps après avoir opéré la malade, grâce à des circonstances exceptionnelles, j'ai eu la bonne fortune de pouvoir faire en ville une autopsie des plus intéressantes.

Précédé de coliques hépatiques, ce cancer avait évolué sourdement et il était resté longtemps peu douloureux. Aussi le diagnostic était-il difficile. J'ai fait une laparotomie exploratrice qui, dans l'impossibilité d'enlever tout le mal, s'est terminée par l'abouchement au dehors d'une vésicule énorme et à parois très épaisses; j'en ai retiré soixante calculs.

Cette opération a produit un grand soulagement qui a duré pendant près de deux mois; l'ictère ne s'est montré que les derniers jours.

La pièce que j'ai enlevée après la mort, et présentée à la Société, était constituée par un foie énorme auquel était accolée une masse néoplasique du volume d'un œuf d'autruche. C'était le cancer de la vésicule contenant encore quelques petits calculs.

Au niveau du hile du foie, un gros paquet ganglionnaire comprimait les voies biliaires, ce qui expliquait l'ictère terminal.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé en voie de transformation carcinomateuse.

Suivent quelques commentaires sur les rapports entre la lithiase et le cancer et sur le diagnostic différentiel entre le cancer massif du foie et celui de la vésicule.

Fibro-myome pararénal sous-péritonéal. Laparotomie. Guérison, en collaboration avec le Dr Daunic. (*Midi Médical*, **1893**).

La tumeur en question, observée dans le service de M. le pro-

fesseur Jeannel, chez une femme de 45 ans, offrait les caractères objectifs d'un néoplasme du rein, mais sans provoquer aucun trouble fonctionnel. Les difficultés du diagnostic furent tranchées par l'intervention opératoire. On fit une laparotomie transpéritonéale qui permit d'enlever, en totalité, un volumineux fibrome de cinq livres développé dans la loge lombaire droite. Le rein refoulé en dedans et en bas était libre et normal, il fut laissé en place et la malade guérit sans incident. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un fibro-myome pur ayant pris naissance sur les éléments musculaires lisses que l'on trouve dans la capsule du rein.

Les cas analogues sont très rares dans la science.

De l'occlusion intestinale au point de vue chirurgical. (Mémoire qui a obtenu le prix Naudin, 1,000 francs médaille d'or, à la Société de Médecine de Toulouse en 1897).

Ce travail important, dont le titre seul indique bien le but et la tendance, n'est pas tant la mise au point d'une question à l'ordre du jour d'après de simples recherches bibliographiques que la mise en valeur de documents inédits recueillis pendant plusieurs années, surtout auprès de mon maître M. le professeur Jeannel.

C'est ainsi que j'ai pu fournir à l'appui des doctrines exposées au cours de ce mémoire quinze observations cliniques nouvelles dans lesquelles l'intervention chirurgicale a été le plus souvent employée et plusieurs fois avec succès.

Il s'agit donc d'une étude essentiellement clinique dont la partie la plus importante est réservée à la thérapeutique.

C'est en vue des indications et surtout du traitement chirurgical que sont écrits les premiers chapitres sur les causes et le mécanisme des diverses sortes d'occlusion intestinale, sur les symptômes et le diagnostic des variétés mécaniques ou dynamiques.

Au lieu de donner ici l'analyse d'un ouvrage dont la Société de Médecine garde la propriété, je me contenterai de reproduire quelques extraits du rapport de M. le Dr Maurel au nom de la commission du prix Naudin :

« La Société a trouvé dans ce mémoire une étude bien faite du sujet qu'elle avait proposé.

« Chacune des divisions comprend des observations prouvant de

la part de l'auteur une connaissance approfondie du sujet. On sent que toutes les divisions avaient pour but de lui permettre d'utiliser tout ce qu'il sait et aussi, parfois, d'exposer les réflexions judicieuses que sa pratique ou ses lectures lui ont suggéré.

« La partie du mémoire qui a trait à la thérapeutique laisse peu à désirer. L'auteur étudie d'abord les divers moyens que nous avons pour lutter contre l'occlusion intestinale et ensuite leurs indications.

« Tous ces moyens sont divisés en médicaux et chirurgicaux ; ceux-ci à leur tour en palliatifs et curatifs. Les moyens médicaux sont donnés d'une manière complète.

« Tout ce qui a trait aux procédés opératoires, l'entérostomie correspondant aux moyens palliatifs, et la laparotomie correspondant aux moyens curatifs, est décrit avec une connaissance complète de ces opérations, aussi bien au point de vue de la pratique de l'amphithéâtre que de la clinique.

« Les divers procédés qui se sont greffés sur les opérations fondamentales de l'entérostomie et de la laparotomie y sont décrits avec méthode et clarté; et les points qui différencient chacun d'eux y sont bien mis en relief. On sent que l'auteur a déjà vu beaucoup, et surtout qu'il a su bien voir.

« Puis viennent les indications des diverses méthodes thérapeutiques. Dans la pensée de la Société comme, du reste, de tout le corps médical en ce moment, le choix de ces divers modes de traitement constituait évidemment un des points de l'occlusion intestinale les plus importants à discuter ; et, par l'étendue que l'auteur a donnée à cette partie de son travail, on voit qu'il l'a compris ainsi.

« On peut dire que l'idée dominante de ce travail, celle qui l'a inspiré, est que dans l'occlusion intestinale, il faut opérer et surtout sans perdre de temps. C'est là évidemment ce que l'auteur veut démontrer ; c'est à cette conclusion que tendent tous ses efforts.

« La commission rend justice aux qualités sérieuses de ce travail et propose de lui accorder le prix en tenant compte de son étendue, de la manière complète dont il a été traité, de la connaissance parfaite du sujet dont l'auteur a fait preuve, enfin des appréciations judicieuses dont il a souvent accompagné son exposé, et

qui prouvent de sa part un sens chirurgical non seulement cultivé mais déjà mûri. »

L'occlusion intestinale (Volume de 200 pages. *Encyclopédie des Aide-Mémoire*, collection Léauté, 1898).

Les recherches considérables nécessitées par la préparation du précédent mémoire m'ont encouragé à reprendre sous une forme plus didactique ce sujet si grave et si important auquel les récentes discussions de la Société de Chirurgie en 1897 ont encore donné un regain d'actualité.

Je me suis donc proposé d'exposer avec la simplicité et la concision que comportent les monographies de cette nature, les données actuellement acquises sur l'occlusion intestinale. J'ai cherché à faire œuvre à la fois complète et pratique. Aussi, tout en accordant une place prépondérante à la question du traitement, n'ai-je point négligé les autres parties du problème.

Première partie. — *Etiologie et Anatomie pathologique*. — I. Dans l'étiologie, je divise toutes les causes en deux groupes : mécaniques et dynamiques.

Les causes mécaniques sont constituées par un obstacle matériel qui peut siéger : en dehors des parois intestinales, sur les parois elles-mêmes, à l'intérieur de l'intestin.

Suivant cette distinction rationnelle, je passe successivement en revue : les hernies internes ou étranglements proprement dits ; les occlusions par brides, par adhérences et coudures, par compression de l'intestin ; le volvulus ; l'invagination ; les rétrécissements ; enfin les corps étrangers.

Chacune de ces variétés est étudiée au point de vue de sa constitution anatomique et des caractères cliniques qu'elle imprime à la maladie.

Les occlusions dynamiques relèvent de la coprostase ou de troubles réflexes d'innervation, paralysie ou contracture de l'intestin.

Un article spécial est consacré aux occlusions post-opératoires dont les chirurgiens modernes s'occupent à bon droit, elles sont étudiées, ici, au double point de vue de leur mécanisme et des interventions à la suite desquelles on les observe le plus souvent.

L'article suivant envisage les variétés d'occlusions les plus communes suivant l'âge et le sexe.

II. Le chapitre de l'anatomie pathologique traite d'abord des lésions organiques produites par l'occlusion sur les parois intestinales, sur le péritoine et sur les autres organes de l'économie. A la suite, viennent des considérations toutes d'actualité sur le rôle important des agents infectieux dans le processus.

Deuxième partie. — *Etude clinique.* — Elle se divise en deux chapitres : la symptomatologie et le diagnostic.

I. D'après la multiplicité de ses causes et la variété du tableau clinique, il y a de sérieuses difficultés à présenter à la fois dans son ensemble et ses détails la symptomatologie de l'occlusion intestinale.

La marche des accidents est très dissemblable suivant les formes suraiguës, aiguës, subaiguës et chroniques dont je trace les principaux caractères. Dans chacune de ces formes s'observent à divers degrés des symptômes subjectifs et des signes objectifs.

Douleur, arrêt des matières et des gaz, vomissements, météorisme, contractions intestinales, présence d'une tumeur dans le ventre ou d'un épanchement intra abdominal, tels sont les éléments symptomatiques locaux dont j'analyse avec soin les modalités pour en faire ressortir la valeur dans les cas particuliers.

Il est aussi des phénomènes généraux intéressant les grands appareils et contribuant à donner à la maladie sa physionomie spéciale : troubles circulatoires, respiratoires, urinaires, cérébraux.

Enfin les signes des complications par lesquels se manifestent la péritonite et la perforation de l'intestin.

II. Le diagnostic, grave problème, est, en pratique, un des points les plus importants et les plus ardus. Pour l'aborder avec quelques chances de succès, je montre qu'il faut suivre dans l'observation du malade une méthode rigoureuse et logique : interrogatoire, inspection générale, examen local superficiel, examen local profond. Chacun de ces actes comprend des procédés de recherche d'une efficacité plus ou moins éprouvée et sur l'emploi desquels il faut être éclectique.

Cette observation méthodique aboutit au diagnostic différentiel qui, pour être complet, devrait porter sur les points suivants :

Diagnostic de l'existence de l'occlusion, de sa nature, de sa variété, de son siège, des lésions locales et de l'état général.

Troisième partie. — *Thérapeutique.* — Voici la question essentielle, le but final de toute étude, le sujet d'innombrables travaux et de discussions savantes toujours renouvelées.

J'ai fait tous mes efforts pour apporter ici le plus de clarté possible et de rigueur scientifique.

I. Dans un premier chapitre, j'expose la nature et la valeur intrinsèque des nombreux moyens dont nous pouvons disposer

Ces moyens sont médicaux ou chirurgicaux.

Parmi les premiers, il en est peu de vraiment recommandables en dehors des injections rectales et de l'électricité.

Le traitement chirurgical est palliatif ou curatif. Entérostomie dans un cas, laparotomie dans l'autre. Chacun de ces deux modes d'intervention présente des avantages et des inconvénients opposés.

L'entérostomie est simple, bénigne, mais aveugle et souvent infidèle; la laparotomie radicale et précise est d'une exécution difficile et périlleuse.

II. Les indications de ces trois méthodes sont plus ou moins étendues suivant que l'on se place au point de vue théorique ou pratique.

En théorie, le traitement médical ne convient qu'aux fausses occlusions dynamiques, l'anus iliaque doit être réservé à des cas très restreints et aux situations désespérées, la laparotomie serait la méthode de choix dans la grande majorité des cas.

Mais en pratique, il n'en est pas de même; malgré tout, on essayera toujours les moyens médicaux, et la simple entérostomie sera souvent préférée à l'ouverture du ventre.

III. Le troisième chapitre ou manuel opératoire des interventions dirigées contre l'iléus a été fait d'après la lecture des auteurs les plus récents et en particulier d'après le livre de M. le professeur Jeannel, sur la *Chirurgie de l'intestin*. J'ai tenu à le faire clair et complet tout en évitant d'inutiles longueurs.

Suites éloignées du traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie. (Nombreuses observations, in Thèse De Lafont, Toulouse, 1893.)

Résultats éloignés de la cure radicale des hernies, dans le service de M. le professeur Jeannel. (Nombreuses observations, in Thèse Clauda, Toulouse, 1895.)

Traitement du prolapsus grave du rectum par la méthode colopexique. (Observations et expériencee cadavériques, in Thèse Cabanié, Toulouse, 1897.)

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Hématocéle funiculaire par effort. (*Midi médical*, 1893.)

En tombant de trois mètres de haut, un homme de 73 ans s'était cassè une côte et, en outre, chose moins commune, il s'était rompu les veines du cordou spermatique. La collection sanguine ainsi produite, contenue dans la gaine du cordon, présentait tous les caractères d'une hernie inguinale irréductible, si bien qu'elle fut traitèe comme telle, d'abord par le taxis et puis par l'incision. L'errour fut alors reconnue, les caillots enlevés, le foyer nettoyé. L'artère et le canal déférent ètaient intacts.

Cetto curieuse observation, tirée de la pratiquo de M. le professeur Jeannel, est accompagnée de renseignements bibliographiques et de considérations sur la pathogénie, le diagnostic, le traitement.

Tumeur urineuse enflammée secondairement. (*Archives médicales de Toulouse*, 1er avril 1898.)

Ce travail est une contribution à l'étude des retrécissements larges de l'urèthre et de leurs complications. Il est basé sur le cas d'un homme de 60 ans, dont j'ai recueilli l'observation dans le service de M. le professeur Jeannel.

C'est un ancien blennorrhagien qui présentait en avant de la région membraneuse un rétrécissement admettant le n° 15.

Derrière cet obstacle s'était développée lentement une tumeur périnéale très dure et tolérée sans la moindre peine jusqu'au jour où des phénomènes de retention et d'infection vésicale ont conduit à des cathétérismes répétés.

Alors est survenue une poussée inflammatoire avec augmentation du volume de la tumeur et gonflement des parties voisines. Le malade se présente dans ces conditions. M. Jeannel pratique au périnée une large incision médiane, jusqu'au contact de l'urèthre, sans trouver aucun point de communication. J'ai examiné avec soin les pansements ultérieurs sans jamais y voir trace d'urine. La guérison s'est faite sans fistule.

Quant au rétrécissement, il a été traité par l'urèthrotomie interne et la dilatation. J'ai été conduit, à propos de cette histoire clinique intéressante, à des considérations générales sur la pathogénie des abcès urineux et leur traitement.

Résultats éloignés du traitement du varicocèle par la résection du scrotum. (Plusieurs observations, in thèse Monbernard, Toulouse 1897).

Indications opératoires et traitement chirurgical des hémorroïdes. (Observations, in thèse Catala, Toulouse 1894).

GYNÉCOLOGIE

Résultats éloignés du traitement des endométrites par les caustiques. (Communication au Congrès de gynécologie Bordeaux 1895).

J'ai observé, à la clinique de M. le professeur Jeannel, deux femmes encore jeunes qui ayant subi l'une l'application prolongée d'un gros crayon de Dumontpallier, l'autre des badigeonnages de chlorure de zinc en solution concentrée, ont présenté à la suite des symptômes d'accidents généraux et locaux assez remarquables par leurs caractères et leur intensité.

Chez toutes deux l'atrésie utérine, souvent notée en pareil cas, avait abouti à l'oblitération du canal cervical ; mais chez la première la cavité du corps elle-même avait complètement disparu sans que l'on ait pu en retrouver la moindre trace dans les coupes macroscopiques et histologiques.

Cet état de choses avait entraîné naturellement la suppression du flux menstruel et, en outre, des douleurs très violentes et un trouble grave de la santé générale. L'une des deux malades, profondément affaiblie, ayant eu à plusieurs reprises des hémoptysies compensatrices de l'aménorrhée, était considérée comme tuberculeuse et traitée en conséquence. Tous les moyens palliatifs ayant échoué, il fut reconnu que l'extirpation de ces utérus fermés était la seule méthode à employer pour obtenir la guérison. L'hystérectomie vaginale fut donc pratiquée chez ces deux femmes et l'on n'a eu qu'à s'en louer, car elles sont aujourd'hui complètement guéries des accidents généraux et locaux.

Etude clinique sur un cas de fibrome utérin (*Archives médicales de Toulouse*, 1896).

Une femme de 35 ans se plaignait depuis plusieurs années de troubles de la miction tellement prononcés, douleurs, ténesme, hématuries que l'examen local étant lui-même trompeur, je crus avoir affaire à un de ces cas très rares de grosse tumeur bénigne de la vessie.

Je reconnus plus tard qu'il s'agissait en réalité d'un fibrome utérin pédiculé tombé en avant contre le pubis et comprimant la vessie.

La laparotomie, pratiquée par M. le professeur Jeannel, démontra l'exactitude de ce diagnostic et l'hystérectomie fit cesser tous les accidents. Cette hystérectomie fut faite totale, car il y avait à craindre le développement ultérieur de plusieurs fibromes.

A noter dans les suites opératoires une paralysie disséminée en divers points du membre supérieur gauche, paralysie dont j'ai recherché la pathogénie et qui, d'ailleurs, a disparu progressivement.

Fibrome utérin et septicémie. (Leçon clinique de M. le professeur Jeannel, *Midi médical*, 1892).

Antisepsie improvisée à la campagne (*Archives médicales de Toulouse*, 1897).

Cet article a paru le 15 octobre 1897, au cours même des débats retentissants d'un procès célèbre dans les annales de l'obstétrique. Il a tiré de ce rapprochement un intérêt tout particulier qui a été relevé par divers journaux, entre autres par le *Bulletin médical*, qui se demande si, dans des circonstances analogues, j'oserais aujourd'hui procéder de la même façon. Voici le fait en quelques mots.

Dans un pays de vignobles et loin de tout secours, une vendangeuse espagnole, couchant dans un grenier, fait une fausse couche de quatre mois sans recevoir le moindre soin ; des complications infectieuses surviennent qui mettent ses jours en danger. Appelé à ce moment mais démuni des instruments les plus élémentaires et de tout produit antiseptique, j'ai eu l'idée, inspirée par les circonstances, d'employer pour désinfecter les voies génitales de la malade le pulvérisateur de la vigne et le sulfate de cuivre que l'on trouve partout dans les campagnes du Midi.

Grâce à ces moyens de fortune, j'ai eu la satisfaction de voir des accidents très graves cesser rapidement et la malheureuse femme se relever en bon état.

Résultats éloignés du traitement de l'Endométrite cervicale, par l'opération de Schræder. (Plusieurs observations in Thèse Cancé, Toulouse, 1896).

CHIRURGIE DES MEMBRES

Considérations sur le traitement des fractures épiphysaires. (En collaboration avec le Docteur Bardier. *Midi médical*, 1893).

Nous avons recueilli dans le service de M. le professeur Jeannel ou dans ma pratique personnelle une douzaine d'observations concernant des fractures de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras ou de la jambe. Ces fractures ayant été traitées les unes par l'immobilisation absolue, les autres par le massage, nous faisons ici l'examen comparatif des résultats fournis par les deux méthodes de traitement. Cet examen est tout en faveur du massage ; après bien d'autres nous répétons que les fractures des épiphyses sont avant tout des traumatismes articulaires, des entorses compliquées. Il faut donc leur opposer des manœuvres thérapeutiques capables, non seulement d'assurer la consolidation, mais encore et surtout de prévenir les raideurs et les troubles trophiques dont les conséquences sont déplorables au point de vue fonctionnel.

Nous croyons que le traitement de choix dans les fractures épiphysaires consiste dans l'application d'une gouttière plâtrée amovible et dans le massage précoce.

Deux cas de pseudarthrose par interposition musculaire traités par la résection et la suture osseuse. (Communication à la Société de Médecine de Toulouse, 1894).

C'est encore là un travail de la clinique de M. le professeur Jeannel.

Dans la première observation, il s'agit d'une fracture directe de l'humérus en son milieu chez un garçon de 15 ans. Au bout de cinq mois, la consolidation n'était pas faite. L'ouverture du foyer montra un large faisceau du vaste externe séparant les deux fragments. Une première tentative de suture métallique après avivement et adaptation échoua parce qu'elle avait porté sur une des extrémités osseuses altérées. Il fallut, dans une nouvelle intervention, réséquer ces extrémités pour obtenir une consolidation parfaite.

Le second fait concerne un homme de 46 ans. C'est une fracture ouverte des deux os de l'avant-bras au tiers inférieur. Six mois après, le radius restait flottant. On reconnut à ciel ouvert que le long supinateur interposé en était cause. Mais son dégagement ne suffit pas : le foyer avait suppuré, les os étaient malades, il fallut décapiter les deux fragments, et, pour pouvoir les abouter, raccourcir d'autant le cubitus. La réparation a été longue, mais le résultat final satisfaisant.

Suivent, à ce propos, des commentaires sur les variétés de pseudarthrose, leur pathogénie, leur traitement.

Exostoses ostéogéniques multiples avec complications graves et intervention chirurgicale. (Communication au xe Congrès de Chirurgie, 1896).

Dans les deux observations présentées, il s'agit d'hommes adultes, qui, depuis leur enfance, portaient sans en être incommodés, un grand nombre de tumeurs de volume variable en divers points de leur squelette et surtout aux régions juxta épiphysaires des grands os longs des membres. Les complications qui rendent ces cas intéressants sont les suivantes :

Chez le premier malade, une exostose du volume d'une tête de fœtus à terme, et située à la face interne de l'extrémité supérieure de l'humérus, a fini par ulcérer la peau ; la tumeur infectée s'est enflammée et a provoqué une septicémie chronique. Son extirpation très simple, car elle était pédiculée, a montré qu'elle était formée d'une mince coque remplie d'une masse spongieuse infiltrée de pus.

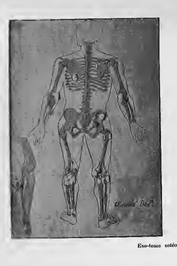
Chez le second malade, une aiguille osseuse implantée sur la face postérieure du fémur au-dessus du condyle interne, a perforé l'artère poplitée et produit un énorme anévrysme diffus. Cet accident s'est manifesté par d'atroces douleurs.

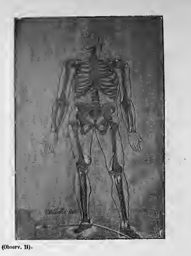
Le patient ne s'étant présenté qu'au bout de cinq mois, les lésions artérielles étaient trop étendues pour faire la ligature et conserver le membre ; il a dû être amputé au milieu de la cuisse. La pièce présentée est couverte d'étranges excroissances osseuses. D'autre part, le développement du squelette n'a pas eu à souffrir de ces productions anormales.

Des dessins accompagnent ces observations et montrent des squelettes hérissés de tumeurs de toutes formes et de toutes dimensions.



Exostoses ostéogèniques (Observ. I).





Exostoses ostéogéniques (Observ. II).

Désarticulation de la hanche par la méthode hémostatique de John A. Wyeth. (Communication au XI[e] Congrès de Chirurgie, 1897.)

De mes expériences cadavériques et d'une opération faite sur le vivant par M. le professeur Jeannel, je conclus que la méthode de Wyeth assure l'hémostase préalable d'une manière très satisfaisante et améliore notablement le pronostic si grave de la désarticulation de la hanche.

Cette méthode consiste dans l'introduction de deux fortes aiguilles à l'extrême racine de la cuisse, l'une en dehors sous l'épine iliaque antéro-supérieure, l'autre en dedans sous l'épine du pubis. Ces broches servent de point d'arrêt à un fort tube élastique que l'on enroule au-dessus d'elles après avoir appliqué la bande d'Esmarch. Les manœuvres opératoires ne sont pas gênées par cet appareil, et les ligatures peuvent être faites presque à blanc.

John A. Wyeth désarticule par la voie externe : je considère comme préférable la raquette antérieure de Farabeuf.

De l'arthrodèse tibio-tarsienne. (Trois observations in thèse Gachet, Toulouse, 1895.)

Traitement des blessures graves des doigts. (Plusieurs observations personnelles in thèse Bordo, Toulouse, 1896.)

THÉRAPEUTIQUE

Note sur les effets des injections de Brown-Séquard dans les maladies chirurgicales. (Société de Médecine de Toulouse, décembre 1894.)

A l'époque où cette méthode était en si grande faveur, on avait espéré pouvoir en généraliser l'emploi dans toutes sortes de maladies. Elle semblait particulièrement indiquée dans le cas où il importe de secourir l'organisme défaillant en face de grands traumatismes opératoires, d'infections généralisées ou de déchéance progressive. Certains résultats encourageants ont été signalés au début.

M. le professeur Jeannel a voulu étudier sur les malades de son service les effets de ces injections; ils nous ont paru réellement bons dans quelques cas, moins évidents dans plusieurs autres, mais jamais ils n'ont été mauvais.

Je rapporte les faits les plus intéressants parmi ceux que nous avons observés.

Note sur un cas de guérison d'urémie aiguë par le lavage du sang. (*Archives médicales de Toulouse*, avril 1897.)

Depuis quelques années, les injections intra-veineuses et sous-cutanées de sérum artificiel ont acquis une grande et juste réputation; elles ont donné, dans les cas les plus graves, d'excellents résultats. J'ai obtenu pour ma part, grâce à ce moyen de traitement, une guérison remarquable chez une jeune femme atteinte d'urémie et dont l'état paraissait désespéré.

Au vingtième jour d'une néphrite aiguë à frigore elle était tombée dans un coma profond et respirait à peine.

Après avoir pratiqué une petite saignée, j'ai injecté par la veine ainsi ouverte 1,200 grammes d'eau salée.

Pendant l'opération j'ai vu la malade se réveiller, chercher à se reconnaître, à la fin elle était beaucoup mieux.

Dès lors l'amélioration a suivi une marche constante et rapide jusqu'à la guérison complète qui ne s'est pas démentie.

A propos de ce cas, je fais le parallèle entre les deux méthodes intra-veineuse et sous cutanée : chacune d'elles a des avantages et des inconvénients ; mais je crois qu'on a exagéré les dangers de l'injection intra-veineuse, et dans les cas urgents c'est elle, à mon avis, qu'il faudrait adopter.

Note sur un nouveau cas de lavage du sang. (*Archives de médecine de Toulouse*, 1897.)

Appelé in extremis auprès d'une femme de 30 ans, chez laquelle une gastro-entérite infectieuse s'était compliquée de péritonite avec accidents de haute gravité, je tentai en dernier ressort le lavage du sang. Sous l'influence de ce traitement il y eut une véritable résurrection momentanée ; malheureusement l'état était trop grave et la malade succomba le lendemain.

En rapportant cette observation, je fais remarquer combien l'injection intra-veineuse est autrement rapide et puissante que l'absorption sous cutanée ; c'est donc la méthode de choix quand la vie est en danger.

J'insiste aussi sur la nature du sérum artificiel à injecter. Sa composition chimique n'est pas indifférente et les diverses formules proposées ne doivent pas être employées indistinctement.

Le sulfate de soude, en particulier, peut modifier beaucoup les effets physiologiques et thérapeutiques de solutions injectées à haute dose. Ce sel est un attractif puissant des liquides de l'organisme. Introduit dans les voies digestives, il joue le rôle de purgatif par l'exsudation considérable qu'il provoque au niveau de la muqueuse intestinale. Injecté dans le torrent circulatoire, il retient toute la partie liquide du sang et diminue les excrétions. C'est pourquoi il fut rationnellement employé, par Hayem, dans les injections qu'il faisait aux cholériques dans le but de diminuer les diarrhées profuses.

Par la même raison, le sulfate de soude est considéré comme hémostatique et mérite d'entrer dans la composition du sérum artificiel destiné aux anémiques, aux grands blessés et aux malades affaiblis par de grandes pertes de sang.

Mais par contre, il faut se garder de le prescrire si l'on recherche la diurèse, l'élimination des toxines, l'épuration de l'organisme par le lavage du sang, car malgré l'augmentation de la pression artérielle, on ralentirait plutôt les fonctions des reins et de tous les émonctoires.

Lors donc qu'il s'agit d'infections graves, d'urémie, c'est le chlorure de sodium seulement et en solution faible qu'il convient d'administrer.

Toulouse. — Imp. MARQUÈS et Cie, 22, Boulevard de Strasbourg, 22.